

Wer bezahlt die ärztliche Weiterbildung?

Krankenkassen, Kliniken und Ärzteverbände diskutieren über eine gesonderte Finanzierung der Weiterbildung. Diese könnte die Kliniken finanziell entlasten – und die Qualität der Weiterbildung verbessern. Wir zeigen Ihnen die Positionen einer Debatte, deren Ergebnis noch offen ist.



Eines ist sicher: Ein nachvollziehbarer Finanzierungsmodus für die ärztliche Weiterbildung existiert bislang nicht. Jedenfalls nicht in Deutschland. Seit dem Jahr 2003 zahlen die Krankenkassen Behandlungskosten im Krankenhaus per DRG-Fallpauschale: Behandlungsfälle mit ähnlichen Kosten werden zu sogenannten „Diagnosis related Groups“ (DRGs) zusammengefasst. Aus der Zuordnung eines Patienten zu einer DRG berechnet sich die jeweilige Vergütung für die Klinik (► Infokasten S. 302). Das heißt:

- Die Einnahmen der Krankenhäuser hängen im Wesentlichen von der Zahl und Art der Behandlungsfälle ab
 - und nicht mehr von der Liegezeit oder den tatsächlich angefallenen Kosten.
- Die Idee dahinter: Der Wettbewerb unter den Kliniken soll gesteigert, die Patientenversorgung effizienter werden. Aber auch die Weiterbildung gerät damit ins Visier der Kosten-Nutzen-Rechnung.

Kosten der Weiterbildung

▼ **Deckung durch Fallpauschalen** Der Haken dabei: Was die Weiterbildung ein Krankenhaus kostet und ob die Arbeitsleistung der Weiterbildungsassistenten das finanziell ausgleicht, wird bisher nicht gesondert erfasst. Ob der behandelnde Facharzt bei einem Eingriff noch Zeit in die Weiterbildung eines jungen Kollegen investiert, ob der Oberarzt nach der Visite die Befunde mit den Berufseinsteigern bespricht – für die Abrechnung per Fallpauschale spielt das keine Rolle. Jede Klinik ist selbst dafür verantwortlich, die abrechenbaren Leistungen möglichst effizient zu erbringen.

Die Weiterbildung wird momentan indirekt aus den DRG-Fallpauschalen bezahlt, also von den Krankenkassen. Die Kosten sind nicht extra ausgewiesen.

Kosten vs. Nutzen Zu den Kosten der Weiterbildung zählen:

- die Gehälter der Assistenten
- ihre längeren OP-Zeiten
- ihre ggf. geringere Effizienz auf Station
- der Zeitaufwand der Weiterbilder
- Einige Autoren meinen zudem, dass aufgrund der geänderten Arbeitszeitregelungen die Assistenten u. a. weniger unbezahlte Überstunden leisten als früher und damit für die Kliniken teurer geworden sind [1–3].

Diesen Kosten steht natürlich eine Arbeitsleistung gegenüber:

- Die Weiterbildungsassistenten halten schließlich nicht nur Haken,
- sondern entlasten die Fachärzte von A wie Aufklärungsgespräch bis Z wie Zugang legen.
- Zu Beginn der Weiterbildung ist zudem ihr Gehalt noch vergleichsweise niedrig,
- und sie sind der beste Pool für die Rekrutierung neuer Mitarbeiter.

Daher bezweifelt z.B. der GKV-Spitzenverband (Verband der gesetzlichen Krankenkassen), dass die Kosten der Weiterbildung über dem Nutzen liegen [4].

Berechnung schwierig Ob die Kliniken unterm Strich ökonomisch von ihren Weiterbildungsassistenten profitieren oder „draufzahlen“, müsste erst noch ermittelt werden. „Exakte Daten zu bekommen, ist aber bisher unmöglich“, sagt Urban Roths. Er ist stellvertretender Geschäftsführer des Dezernats Krankenhausfinanzierung bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft und sagt weiter: „Weiterbildung bedeutet schließlich ‚learning on the job‘. Man kann die Kosten methodisch kaum von denen der eigentlichen Behandlung trennen.“

Kliniken erwägen Rückzug aus Weiterbildung Manche Kliniken stellen sich daher ganz grundsätzliche Fragen: Lohnt es sich – betriebswirtschaftlich betrachtet – überhaupt, Ärzte in Weiterbildung zu beschäftigen? Oder täten sie besser daran, nur Fachärzte einzustellen und auf Weiterbildung zu verzichten?

Prof. Dr. Stefan Post ist Direktor der chirurgischen Uniklinik in Mannheim. Zumindest für sein Fach ist er sich sicher: „Effizient wäre es, aus der Weiterbildung auszusteigen. Am OP-Tisch muss sowieso immer ein Facharzt stehen, um den Facharztstandard zu garantieren – und der operiert doppelt so schnell wie ein Assistenzarzt.“ Aber braucht nicht auch seine Klinik chirurgischen Nachwuchs? „Natürlich“, sagt Post, „aber dafür würde es auch reichen, nur wenige und die besten zu nehmen. Momentan bilden wir als Uniklinik für andere Häuser mit aus.“

Gegentrend: Bewerbermangel Andererseits ist klar: Bei der momentanen Stellensituation gäbe es längst nicht genug Fachärzte, um alle freien Stellen zu besetzen. Und in vielen Fachrichtungen sind auch die Assistenzärzte so knapp, dass sich Kliniken stärker als früher um sie bemühen müssen. Umfassende Weiter-

bildungsermächtigungen sind da auch ein Qualitätsmerkmal für ein Krankenhaus. „Die Kliniken haben sicherlich mehr Aufwand mit der Weiterbildung als früher“, meint auch Johannes Wolff, Referatsleiter Krankenhausvergütung beim GKV-Spitzenverband. Handlungsbedarf sieht er allerdings nicht unbedingt: „Das liegt einfach am Bewerbermarkt und gilt für alle Häuser ähnlich – das DRG-System ist daran nicht schuld.“

Bisher sieht es daher nicht so aus, als ob die Kliniken sich im großen Stil aus der Weiterbildung zurückziehen [5–7].

Weiterbildungsquoten unterschiedlich

Bundesweite Statistiken zu den Weiterbildungsquoten gibt es zwar nicht, aber Tendenzen sind bekannt: Größere Kliniken, solche der Maximalversorgung und Uniklinken beschäftigen mehr Weiterbildungsassistenten als andere. „Die haben natürlich auch umfangreichere Weiterbildungsermächtigungen“, sagt Peer Köpf vom Dezernat Personalwesen und Krankenhausorganisation bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Unterschiede seien aber nicht dramatisch: Er geht von etwa 10% Schwankung in der Weiterbildungsquote aus.

► Trotzdem bleibt die Frage: Kann oder sollte man Kliniken finanzielle Anreize bieten, damit sie Weiterbildung nicht v. a. als lästige Pflicht ansehen und nach Marktlage betreiben (müssen)?

Folgende Varianten werden diskutiert:

Alternative Finanzierungsmodelle

1. Zu- und Abschläge im DRG-System

Die Frage nach einer evtl. nötigen separaten Finanzierung der Weiterbildung fand bereits Niederschlag im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom März 2009. In Art. 1, Abs. 4 bb heißt es:

„Bis zum 30. Juni 2009 ist zu prüfen, ob zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- oder Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche erforderlich sind; erforderliche Zu- oder Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung abgerechnet werden.“

Das würde bedeuten: Wer mehr weiterbildet, bekommt Zuschläge zu den DRG-Fallpauschalen, wer weniger weiterbildet, bekommt Abschläge. Zusätzlich soll die

Qualität der jeweiligen Weiterbildung eine Rolle bei der Bezahlung spielen.

Breite Ablehnung Die Verbände der Krankenkassen und Kliniken kamen allerdings zu dem einvernehmlichen Ergebnis, Zu- oder Abschläge seien nicht erforderlich:

- Die Krankenkassen als Kostenträger sehen wenig Anlass, den Status quo zu ändern:

„Die Kosten der Weiterbildung sind vor der DRG-Einführung in den Budgets der Kliniken enthalten gewesen und sind es damit auch weiterhin“, so Johannes Wolff vom GKV-Spitzenverband [siehe auch 4, 8]. Er verweist auf eine weitere „Ungleichbehandlung“ der Kliniken: die immer noch um mehrere Prozent auseinanderklaffenden Landesbasisfallwerte (◻ Infokasten S. 302). „Die erzeugen viel größere und willkürliche Unterschiede in der Kostenerstattung – darüber beschwerten sich die Kliniken aber nicht.“

- Auch die Vertreter der Kliniken äußern sich zurückhaltend:

„Die Notwendigkeit von DRG-Zu- oder Abschlägen sehe ich momentan nicht“, so Urban Roths (Deutsche Krankenhausgesellschaft).

2. Direkte Zuschüsse an die Kliniken Alternativ zu den ungeliebten Zu- und Abschlägen diskutiert man eine gesonderte, direkte Finanzierung außerhalb der DRG-Fallpauschalen. Zum Beispiel:

- Zuschüsse zu den Gehältern der Weiterbildungsassistenten
- Prämien für jede erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung bzw. Facharztprüfung [9]
- Unterstützung für Weiterbildungsverbände, Koordinationsstellen etc.

Wer soll zahlen? Das Geld für diese Instrumente könnte wiederum aus verschiedenen Quellen stammen, z. B. von

- Ärztekammern,
- Krankenkassen oder
- staatlichen Stellen (Gesundheitsministerium, Ländern etc.).

Chirurgie-Professor Post plädiert klar für eine staatliche Finanzierung. Seine Begründung: „Erst mit dem Facharztstitel darf man in Deutschland selbständig als Arzt arbeiten. Dann sollte man ehrlicherweise auch die komplette Zeit bis dahin als Ausbildung definieren – und die zu bezahlen, ist eher Aufgabe des Staates als der Krankenkassen und ihrer Versicherer.“

Auch Steuerungsinstrument Solche direkten Zuschüsse müssten auch nicht die tatsächlichen Kosten decken, die ohnehin kaum auf Euro und Cent zu erheben sind (siehe oben). Sondern:

Die Finanzierung könnte man – zumindest *auch* – als aktives Steuerungsinstrument einsetzen. So könnte man z. B. die Weiterbildung in speziellen Fachgebieten attraktiver machen.

Etwas in dieser Art schwebt auch Dr. Theodor Windhorst vor, dem Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe: „Man könnte Gehaltszuschüsse für Weiterbildungsassistenten z. B. differenziert nach Fachgebiet zahlen – momentan also etwa in Allgemeinmedizin, Chirurgie oder Pädiatrie.“ In diesen Gebieten sei der Nachwuchsmangel nämlich besonders drastisch. Als zweitbeste Lösung kämen für ihn zwar auch Zuschläge zu den DRG-Fallpauschalen infrage. „Aber nur, wenn sie pro Weiterbildungsassistent gezahlt werden und direkt an die jeweilige Abteilung gehen“, so Windhorst.

3. Generelle Mittelaufstockung Ärzteverbände wie die Bundesärztekammer und der Marburger Bund fordern auch, die „generelle Unterfinanzierung“ der Krankenhäuser zu beenden [5–7, 10]. So könnten die Kliniken z. B. mehr Personal einstellen und damit den Mehraufwand der Weiterbildung abdecken. Ob diese pauschalen Gelder auch dort angekommen würden, wo sie hin sollen – in der Weiterbildung? Zumindest gäbe man bei dieser Variante aber eine Möglichkeit aus der Hand, auch die Weiterbildungsqualität zu verbessern: Anders als direkte Zuschüsse könnte man pauschale Mittel kaum an konkrete Qualitätsmerkmale knüpfen.

Einfluss auf Qualität der Weiterbildung

Falsche Anreize im DRG-System? Jedes Finanzierungsmodell beeinflusst zumindest indirekt auch die Qualität der Weiterbildung – und darin sehen viele das eigentliche Problem der bisherigen pauschalen Finanzierung:

- Bleibt es nämlich beim Status quo der Bezahlung nach Fallpauschalen, konkurriert eine gründliche Weiterbildung oft genug mit der Kosteneffizienz.

Die Weiterbildung wäre dann (weiterhin) nur ein Nebenprodukt mit häufig niedriger Priorität, befürchten die Kritiker [3, 11–13]. Auch Prof. Post erlebt diesen Zwiespalt ständig: „Ich würde gern noch mehr Zeit und Energie in die Weiterbildung unserer Assistenten stecken, aber der Effizienzdruck ist zu groß.“

Mehr Qualität durch gesonderte Finanzierung? Würde tatsächlich eine gesonderte Finanzierung für die Weiterbildung eingeführt, könnte man diese an bestimmte Bedingungen bzw. Qualitätskriterien knüpfen [9, 14]. Nur: Wer soll die definieren und ihre Einhaltung kontrollieren? Derjenige, der diese zusätzliche Finanzierung aufbringt? Diejenigen, die nah am Klinikalltag dran sind?

Bewertung der Weiterbildung

Innerärztliche Evaluierung

- Für Bundesärztekammer, Ärztetag und Marburger Bund bleibt die Evaluierung der Weiterbildung eine innerärztliche Aufgabe [5, 6].

Zum Beispiel mit dem Projekt „Evaluation der Weiterbildung“: Jeweils in 2009 und 2011 hat die Bundesärztekammer Weiterbildungsassistenten und -befugte zur Qualität der Weiterbildung befragt. Die Ergebnisse werden nur summarisch veröffentlicht. Wie die einzelne Weiterbildungsstätte abschneidet, erfahren lediglich die Ärztekammer und der jeweilige Weiterbildungsbeauftragte, der die Ergebnisse mit seinen Assistenten besprechen soll. Sanktionen für verbesserungswürdige Weiterbildungsstätten gibt es bisher nicht [2, 14]. Zumindest für Westfalen-Lippe würde Kammerpräsident Windhorst das allerdings gern ändern: „Wir wissen natürlich schon in etwa, wer gut weiterbildet und wer nicht“, meint er. „Wenn wir zusätzliche Gelder für die Weiterbildung zu verteilen hätten, würden wir diese durchaus z. B. an die Ergebnisse aus der aktuellen Evaluation koppeln.“

Externe Evaluierung

- Andere Stimmen aus der Ärzteschaft fordern dagegen, die Qualität der Weiterbildung stärker extern zu kontrollieren und einzufordern [3, 15].

Zumindest sind sie mit der bisherigen Qualitätssicherung durch die Ärztekammern unzufrieden: „Die Kammern vergeben zwar die Weiterbildungsermächtigungen, prüfen aber dann kaum vor Ort“, meint etwa Prof. Post. „Ob ein Weiterbil-

dungsbefugter einen oder fünf Assistenten weiterbildet und in welcher Qualität, wird nirgendwo registriert. Eine stringente Bedarfsplanung gibt es ebenso wenig wie eine Kapazitätsberechnung.“ Auch die Facharztprüfungen würde der Chirurg gern neu konzipieren: stärker strukturiert und praxisnäher. Solche Reformen könnten theoretisch soweit gehen, die Weiterbildung ganz neu zu gestalten:

- ▶ als staatlich finanzierte und überwachte Ausbildung
 - ▶ nach einem verbindlichen Curriculum,
 - ▶ bei dem eher die Ausbildung als die Arbeitsleistung im Mittelpunkt steht.
- Im Ausland gibt es solche Modelle bereits:

International: Mehr staatliche Steuerung

Strukturiertes Curriculum In Staaten wie den USA, Kanada, Großbritannien oder den Niederlanden folgt die Weiterbildung häufig einem klar strukturierten Programm [2, 12, 13, 16].

Die Anforderungen an die Weiterbilder sind oft genauer definiert als in Deutschland, die Qualität der Weiterbildung wird stärker überwacht – staatlich oder durch die Universitäten. Dafür gibt es für Engagement in der Weiterbildung aber oft auch mehr Anerkennung [13].

Externe Finanzierung Obwohl auch im Ausland die genauen Kosten der Weiterbildung nicht unbedingt bekannt sind [9, 13], gibt es vielerorts staatliche Zuschüsse. Beispiele:

- ▶ In den USA erstatten die staatlichen Krankenkassen Medicare und Medicaid
 - ▷ anteilig Gehälter und Sozialleistungen der Weiterbildungsassistenten
 - ▷ und Zusatzentgelte für jeden entlassenen Fall, abhängig vom Anteil der Weiterbildungsassistenten [9, 13].
- ▶ Angehende Allgemeinmediziner in den Niederlanden bekommen ihr Gehalt von der „Stiftung für Allgemeinmedizinische Weiterbildung“, die wiederum vom Gesundheitsministerium finanziert wird. Außerdem erhalten die Weiterbilder einen geringen Festbetrag – zusätzlich zur Arbeitsleistung der Assistenten [12, 16].

In Deutschland findet eine vergleichbare „Verstaatlichung“ der Weiterbildung bisher keine Mehrheit.

Förderprogramm Allgemeinmedizin

Ziel: mehr Hausärzte Das bislang einzige Beispiel einer gesonderten Vergütung der Weiterbildung in Deutschland ist das Förderprogramm Allgemeinmedizin: Um die hausärztliche Versorgung langfristig zu sichern, trafen

- ▶ die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
 - ▶ die Kassenärztliche Bundesvereinigung
 - ▶ und der GKV-Spitzenverband
- zum 01.01.2010 eine entsprechende Vereinbarung [17] – sie ersetzt eine ähnliche Vereinbarung aus dem Jahr 2001. Die Verbände wollen mit dem Förderprogramm
1. mehr Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin bereitstellen,
 2. eine angemessene Vergütung der Weiterbildungsassistenten erreichen und
 3. die Weiterbildung sektorübergreifend (stationär/ambulant) koordinieren.
- Dafür sollen mindestens 5000 Weiterbildungsstellen jährlich gefördert werden.

Gehaltszuschüsse als Instrument Pro Vollzeitstelle beträgt der Förderbetrag insgesamt

- ▶ 3500 € im ambulanten Bereich und
- ▶ 1020 bzw. 1750 € im stationären Bereich.
- ▶ Die Weiterbildungsstätte stockt auf das in der Klinik übliche Gehalt auf.

Der Effekt: Der Assistenzarzt bekommt das übliche Gehalt, aber die Weiterbildungsstätten – v.a. die ambulanten – haben deutlich geringere Kosten (◊ Tab. 1). Förderbare Weiterbildungsabschnitte müssen mindestens 3 Monate betragen, die Höchstdauer richtet sich nach der Weiterbildungsordnung. Auch Weiterbildungsstellen in Teilzeitbeschäftigung (ab 50%) können gefördert werden, der Förderbetrag reduziert sich anteilig. Für den Besuch relevanter Kurse, Fortbildungen etc. gibt es weitere einmalige Zuschüsse.

Tab. 1 Finanzierung des Förderprogramms Allgemeinmedizin. In unterversorgten Gebieten bzw. Gebieten mit drohender Unterversorgung erhöht sich der Zuschuss im ambulanten Bereich um 500 bzw. 250 €.

Finanzierung des Förderprogramms Allgemeinmedizin	
ambulant	stationär
1750 € von den Krankenkassen + 1750 € von der zuständigen KV + Aufstockung durch Weiterbildungsstätte	1750 € von den Krankenkassen (in der Inneren: 1020 €) + Aufstockung durch Weiterbildungsstätte
Summe: klinikübliches (tarifvertragliches) Gehalt	Summe: klinikübliches (tarifvertragliches) Gehalt

Praxistipp Für das Förderprogramm Allgemeinmedizin wurden Koordinierungsstellen auf Landesebene eingerichtet. Informationen findet man auf den Internetseiten der Landesärztekammern.

Der Erfolg ist umstritten „Für mich ist der Erfolg des Förderprogramms noch fraglich“, meint Johannes Wolff vom GKV-Spitzenverband. „Es kostet 70 Mio. € im Jahr, eine Evaluierung ist nicht möglich – und trotz des Programms fehlen weiterhin Allgemeinmediziner v.a. auf dem Land.“ Auch für Prof. Post und Dr. Windhorst ist das Programm höchstens ein Schritt in die richtige Richtung. Anders sieht das die Deutsche Krankenhausgesellschaft: „Ohne das Programm hätten wir noch viel weniger Allgemeinmediziner“, sagt Peer Köpf. „Denn vor dem Programm fiel der Assistent beim Wechsel in den ambulanten Weiterbildungsabschnitt von brutto 4000 € auf 2000 € – das schreckte ab.“

Einfluss auf Weiterbildungskultur Und was sagen die Betroffenen? „Sehr begrüßenswert“ findet Dr. Marco Roos das Förderprogramm – vor allem seit der Neuauflage in 2010. Der 33-jährige angehende Allgemeinmediziner ist Sprecher für Weiterbildung der Arbeitsgemeinschaft Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADe). „Es ist eine Win-win-Situation“, meint er. „Die Zuschüsse nehmen den finanziellen Druck von den Weiterbildern. Die jungen Ärzte sind autonomer und können ihre Interessen besser vertreten.“ Dabei sei die Höhe des Einkommens nur eine Seite der Medaille. Ebenso wichtig ist für Roos: „Von wem bekomme ich das Gehalt? Wem bin ich daher verpflichtet? In anderen Ländern ist die Bezahlung der jungen Ärzte von den Weiterbildern getrennt, was auch Einfluss auf die Weiterbildungskultur hat.“

Modell für andere Fächer? Wäre das Förderprogramm Allgemeinmedizin ein Modell für die Finanzierung der Weiterbildung auch in anderen Fachrichtungen? Nicht nur wegen der hohen Kosten überwiegt hier die Skepsis: „Das spezielle Problem bei der Allgemeinmedizin ist ja, dass die Kliniken nur für den niedergelassenen Bereich weiterbilden und nicht für den Eigenbedarf. Daher braucht es hier besondere Anreize“, sagt etwa Peer Köpf von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Sein Kollege Urban Roths ergänzt: „Solche Förderprogramme kann man als gezieltes Steuerungsinstrument für Problembereiche nutzen, aber wir sprechen uns nicht allgemein dafür aus.“ Auch Dr. Roos sieht die Notwendigkeit in anderen Fächern weniger: Zum einen weil die Kliniken dort, anders als in der Allgemeinmedizin, ihren eigenen Nachwuchs ausbilden. Zum anderen möchte er die Diskussion um eine gute Weiterbildung nicht nur um Gehälter und Finanzierung führen: „Wir brauchen insgesamt eine strukturierte, inhaltlich durchdachte Weiterbildung“, so Roos.

Koordinierungsstellen Ein Instrument für die Verbesserung der Weiterbildung sieht Kammerpräsident Dr. Windhorst in den neu geschaffenen Koordinierungsstellen bei den Landesärztekammern: „Unsere Koordinierungsstelle in Westfalen-Lippe betreut nicht nur die Allgemeinmedizin, sondern alle Fachrichtungen“, sagt er. Mit gut koordinierten modularen Weiterbildungsgängen könnte man seiner Ansicht nach auch kleine Kliniken mit einbeziehen, ohne auf ihre Finanzen Rücksicht nehmen zu müssen.

Und nicht nur das: Auch die Niedergelassenen möchte er in die Weiterbildung aller Fachrichtungen integrieren. Der Grund: „Viele häufige Erkrankungen sieht man im Krankenhaus ja gar nicht mehr“, sagt er, „und auch Operationen werden mehr und mehr ambulant gemacht.“

Eines scheint sicher: Die vorhandenen Ideen reichen aus, um die Weiterbildung mehrfach zu reformieren. Im folgenden Interview befragen wir dazu auch Dr. Hans-Albert Gehle, den Vorsitzenden des Arbeitskreises Fort- und Weiterbildung des Marburger Bundes.

Julia Rojahn

Kernaussagen

- ▶ Momentan wird die Weiterbildung indirekt aus den DRG-Fallpauschalen gezahlt. Die Idee, unterschiedliche Weiterbildungsquoten und evtl. -qualität durch Zu- und Abschläge im DRG-System zu berücksichtigen, stieß auf breite Ablehnung.
- ▶ Die Kosten der Weiterbildung sind nicht genau bestimmbar. Damit ist unklar, in welchem Verhältnis sie stehen zum Nutzen, den die Klinik von der Arbeitsleistung der Weiterbildungsassistenten hat.
- ▶ Eine gesonderte (Teil-)Finanzierung z. B. über Gehaltszuschüsse, Prämien oder Förderprogramme könnte Weiterbildung für die Kliniken attraktiver machen. Man könnte sie zudem an die Erfüllung von Qualitätskriterien knüpfen.
- ▶ Ein mögliches Modell gesonderter Finanzierung ist das Förderprogramm Allgemeinmedizin, das v. a. Gehaltszuschüsse für die Assistenten umfasst.
- ▶ In einigen anderen Staaten wird die ärztliche Weiterbildung stärker staatlich überwacht und finanziert.

Positionen



„Ich sehe momentan nicht den Sinn einer gesonderten Finanzierung der Weiterbildung: Das Problem ist nicht allein fehlendes Geld, sondern fehlende Ärzte bzw. Medizinabsolventen. Die Problematik nur auf das Geld für die Weiterbildung zu fokussieren, würde das vielschichtige Problem des Ärztemangels nicht lösen.“
Urban Roths, Dezernat Krankenhausfinanzierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft



„Ärzte in Weiterbildung sind gefragt und knapp, die Kliniken müssen sich stärker bemühen als früher. Daran würde auch mehr Geld wenig ändern. Allerdings: Falls sich die Krankenkassen an einer gesonderten Finanzierung beteiligen sollten, würden sie auch die Ergebnisse evaluieren wollen. Wer zahlt, soll auch mitbestimmen.“
Johannes Wolff, Referatsleiter Krankenhausvergütung des GKV-Spitzenverbands



„Ich wünsche mir einen Systemwandel: weg von der Weiterbildung als Nebenprodukt bezahlter Arbeit, hin zu einer staatlich finanzierten Ausbildung. Eine separate Finanzierung würde natürlich auch mehr Qualitätskontrolle bedeuten – ob durch staatliche Institutionen oder die Ärztekammern, ist dabei zweitrangig.“
Prof. Dr. Stefan Post, Direktor der chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim



„Mein Wunschmodell sieht so aus: Die Koordinierungsstellen bei den Ärztekammern zertifizieren gute Weiterbildungsstätten, erstellen Curricula und Rotationspläne. Der Assistent wird nach Tarif bezahlt, die weiterbildende Klinik oder Praxis erhält Zuschüsse z. B. aus dem bestehenden Gesundheitsfonds.“
Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Internet

Evaluation der Weiterbildung

durch die Bundesärztekammer • www.evaluation-weiterbildung.de

Förderprogramm Allgemeinmedizin

Vereinbarung und Verfahrenswege • www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.256

Junge Allgemeinmedizin Deutschland

Forum, Netzwerk, Ansprechpartner • www.jungeallgemeinmedizin.de

Interview



„Gehaltszuschüsse sind der falsche Weg“

? Herr Dr. Gehle, welche Schulnote würden Sie der Weiterbildung in Deutschland aktuell geben?

Schulnoten sind sehr pauschale Urteile, das finde ich grundsätzlich falsch. Ich schaue mir lieber genau an, was vor Ort passiert: In welchen Fächern ist die Weiterbildung in der vorgesehenen Zeit machbar? In welchen Kliniken sind die Leute zufriedener als in anderen?

? In welchen sind sie denn besonders zufrieden?

Dort, wo sie gute persönliche Beziehungen erleben: Weiterbildungsassistenten möchten einen festen Ansprechpartner, der leicht erreichbar ist und sie – wo nötig – ein bisschen an die Hand nimmt. Wo das klappt, fühlen sie sich wohl.

? Welche Rolle spielt das Gehalt?

Das sollte schon stimmen, ist aber oft nachrangig. Weiterbildungsassistenten in einer Praxis oder einer kleinen Einrichtung sind z.B. oft zufriedener – trotz schlechterer Bezahlung! Weil das kollegiale Umfeld stimmt. Klar ist aber auch: Ohne Bezahlung kommt keiner.

? Gute Weiterbildung ist also nur eine Frage des guten Willens?

Nein, der reicht meist nicht, leider! Der Effizienzdruck auf die Kliniken steigt, mehr Arbeit wird auf weniger Ärzte verteilt. Darunter leidet zwangsläufig die Weiterbildung. Auch viele Weiterbilder selbst sind ja frustriert.

? Ist das DRG-System schuld?

Nicht ausschließlich: Das Geld für die Weiterbildung war ja ursprünglich in den

Fallpauschalen enthalten. Inzwischen müssen die Kliniken mit diesem Geld aber vieles querfinanzieren, was früher Aufgabe der Länder und Kommunen war, z.B. Investitionen in Gebäude. Und auch das Arbeitszeitgesetz – über das ich sehr froh bin – hat die Kosten gesteigert. Das Geld für die Weiterbildung ist da längst weg.

? Falls es zusätzliches Geld gäbe: Wohin sollte es fließen?

Auf keinen Fall darf es im Dschungel des Klinikbudgets verloren gehen! Das Haus könnte eine feste Summe pro Weiterbildungsassistent bekommen, zweckgebunden für Weiterbildungs-Aufgaben. Mit dem Geld könnten z.B. die Weiterbilder einige Stunden pro Woche freigestellt werden für die persönliche Betreuung oder für Teambesprechungen. Außerdem könnte die Klinik Zuschüsse für den Besuch externer Kurse zahlen.

? Der einzelne Weiterbildungsassistent soll nichts von dem Geld bekommen?

Nicht direkt, er soll aber selbstverständlich tariflich bezahlt werden. Das ist unbedingt angemessen, auch im Vergleich zu anderen akademischen Berufsgruppen.

? Manche sagen aber, die Gehälter seien zu teuer und sollten aus Extra-Mitteln bezuschusst werden.

Mit welcher Begründung denn? Die Weiterbildungsassistenten leisten ja etwas für ihr Gehalt, sie machen Menschen gesund! Wenn für die Entlohnung dieser geleisteten Arbeit kein Geld da ist, läuft etwas grundsätzlich falsch. Natürlich braucht jeder eine Einarbeitungsphase, in der er noch nicht sonderlich „produktiv“ ist. Aber das gilt genauso für den Ingenieur – und der wird auch vom ersten Tag an ordentlich bezahlt.

? Das Förderprogramm Allgemeinmedizin, das auf Gehaltszuschüsse setzt, ist also das falsche Modell?

Das Programm ist maximal ein erster Schritt. Denn es fördert eigentlich nicht die Weiterbildung, sondern einfach die Arbeitsleistung der Kollegen. Die müsste aber sowieso erbracht werden! Das Modell würde ich daher nicht auf andere Fächer ausweiten.

? Aber ohne Gehaltszuschüsse würde kaum ein Praxisinhaber einen Weiterbildungsassistenten nehmen.

Das stimmt, und deswegen ist dieses För-

derprogramm im jetzigen System auch das Beste, was wir haben. Das Problem speziell der Allgemeinmedizin ist aber die Budgetierung der Praxen: Stellt der Praxisinhaber einen Assistenten ein, kann er nicht mehr Leistungen abrechnen als vorher. Aber die beiden zusammen leisten ja mehr, und der Assistent muss bezahlt werden! Das geht dann vom Gehalt des Niedergelassenen ab, und ich verstehe, dass der darüber nicht begeistert ist.

? Wäre es sinnvoll, auch in anderen Fächern die Weiterbildung stärker in die Praxen zu verlagern?

Als Option für die letzten 1–2 Jahre der Weiterbildung finde ich das gut, möglichst im Rahmen von Weiterbildungsverbänden. Voraussetzung wären aber bessere Abrechnungsmöglichkeiten für die Praxisinhaber. Und für die Assistenten muss es freiwillig bleiben.

? Aber sieht man dort nicht andere Krankheiten als in der Klinik? Die sollte man ja auch behandeln lernen.

Einerseits ja, deswegen bin ich auch für mehr Angebote. Andererseits: Die schweren Fälle kommen doch ins Krankenhaus. Mit denen sollte man umgehen können, wenn man später in der eigenen Praxis über Behandlungen entscheidet. Außerdem ist das Krankenhaus ein Sammelbecken aller Krankheiten. Die jungen Kollegen lernen hier Differenzialdiagnosen und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

? Manche Kritiker möchten das deutsche Weiterbildungssystem grundsätzlich kippen und sehen z. B. die Niederlande als Vorbild.

Das kann ich nicht nachvollziehen. Zu uns in Gelsenkirchen kommen regelmäßig Kollegen aus den Niederlanden: Die möchten einen speziellen Facharzt machen, können es aber dort nicht, weil die festgesetzte Quote schon erfüllt ist. Mit dem deutschen Facharztabschluss gehen sie dann aber wieder zurück in die Niederlande. Dort wird nämlich unter Bedarf weitergebildet! Will die hiesige Politik das kopieren? Ich nicht.

Dr. med. Hans-Albert Gehle ist Vorsitzender des Arbeitskreises „Fort- und Weiterbildung“ des Marburger Bundes. Der Anästhesist arbeitet seit seiner Weiterbildung in der Bergmannsheil und Kinderklinik Buer in Gelsenkirchen, momentan als Funktionsoberarzt auf der Intensivstation der Inneren Medizin. Dr. Gehle ist auch Vorstandsmitglied der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Mit ihm sprach Julia Rojahn.

Literatur

- 1 Bücking BJ. Ärztliche Weiterbildung im Spiegel veränderter ordnungspolitischer Rahmenbedingungen [Dissertation]. Münster: Westfälische Wilhelms-Universität Münster; 2009
- 2 Ansorg J, Krüger M, Schröder W et al. Qualität der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland – Entwicklungsanalyse von 2004 bis 2009 (01.12.2009). Im Internet: http://www.bdc.de/index_level3.jsp?form=Dokumente&documentid=5103E01991D74F24C12576880035CD14; Stand: 16.03.2011
- 3 Post S. Anforderungen an die Ausbildung zum Chirurgen. *Viszeralchirurgie* 2007; 42: 1–4
- 4 Wolff J. Finanzierung der Ärztereinbildung – Weiterbildung muss sein, doch wer trägt die Kosten? Vortrag beim 8. Nationalen DRG-Forum am 30.04.2009.
- 5 Deutscher Ärztetag. Ärztliche Weiterbildung – Struktur und Finanzierung. Beschluss des 112. Deutschen Ärztetags 2009. Im Internet: <http://www.bundesärztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.7184.7312.7321.7322>; Stand: 25.02.2011
- 6 Marburger Bund. Ärztliche Weiterbildung – Struktur und Finanzierung. Beschluss der 115. Hauptversammlung, Mai 2009. Im Internet: http://p21995.typo3server.info/marburgerbund/bundesverband/unsere_themen/hauptversammlungen/115_hv/Beschluesse-115_MB-HV.pdf; Stand: 11.04.2011
- 7 Bundesärztekammer. Finanzierung der Weiterbildung. Tätigkeitsbericht 2009 der Bundesärztekammer. Im Internet: <http://www.bundesärztekammer.de/downloads/Taetigkeit2009k.pdf>; Stand: 11.04.2011
- 8 GKV Spitzenverband. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 19.11.2008 zum Entwurf des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 24.09.2008. Im Internet: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/081119_Stellungnahme_GKV-SV_KHRG_endg_3751.pdf; Stand: 11.04.2011
- 9 Schröder W, Welcker K. Finanzierung der chirurgischen Weiterbildung. *Chirurg* 2010; 81: 31–37
- 10 Bundesärztekammer. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (13.11.2008). Im Internet: http://www.bundesärztekammer.de/downloads/Stellungnahme_Bundesärztekammer_Regi.entwurf_KHRG_13.11.2008.pdf; Stand: 11.04.2011
- 11 Pape-Köhler C, Chmelik C, Rose M, Heiss MM. Moderne Didaktik in der chirurgischen Weiterbildung – zwischen Anspruch und Wirklichkeit. *Zentralbl Chir* 2010; 135: 575–579
- 12 Plat E, Scherer M, Bottema B, Chenot JF. Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in den Niederlanden – ein Modell für Deutschland? *Gesundheitswesen* 2007; 69: 415–419
- 13 Chenot JF. Facharztweiterbildung Primärversorgung in den USA – Persönlicher Erfahrungsbericht und kritischer Vergleich. *Z Allg Med* 2004; 80: 124–128
- 14 Debatin JF. Zukunft der ärztlichen Weiterbildung. *Trend Gesundheitswirtschaft report 02 2010; Quartal III: 1–2*
- 15 Kochen MM. Rede zur Eröffnung des Hausärztes 2007, Berlin. Im Internet: <http://www.degam.de/dokumente/Rede%20Haus%E4rztetag%202007%20final%20version%2026-9-07.pdf>; Stand: 11.04.2011
- 16 Windhorst T. Finanzierung der Ärzte-Weiterbildung aus Sicht der Ärztekammern. Vortrag beim 8. Nationalen DRG-Forum am 30.04.2009.
- 17 Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenzentrale Bundesvereinigung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung (22.12.2009). Im Internet: http://www.dkgev.de/media/file/7175.Vereinbarung_zur_Foerderung_der_Weiterbildung_in_der_Allgemeinmedizin_ab_01.01.2010.pdf; Stand: 11.04.2011

DRG-Fallpauschalen

Seit 1972 gibt es die sogenannte duale Finanzierung der Krankenhäuser:

- ▶ Investitionskosten für Neubauten, größere Umbauten etc. trägt das jeweilige Bundesland.
 - ▶ Die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten werden dagegen von den Krankenkassen bzw. den Patienten gezahlt.
- Zunächst geschah dies über tagesgleiche Pflegesätze, ab 2003 wurde das fallbezogene DRG-System eingeführt.

Die Idee der DRG-Fallpauschalen: Behandlungsfälle mit ähnlichem Ressourcenverbrauch, d. h. ähnlichen Kosten, werden zu sogenannten „Diagnosis related Groups“ (DRGs) zusammengefasst. Zuordnungskriterien sind

- ▶ Hauptdiagnose (hauptverantwortlich für den Klinikaufenthalt) und
- ▶ Schweregrad („complication and comorbidity level“, Nebendiagnosen und Komplikationen).
- ▶ Zusätzlich werden Faktoren wie Beatmungszeit, Verweildauer, Alter und Geschlecht berücksichtigt.

Aus dieser Zuordnung eines Patienten zu einer DRG berechnet sich die jeweilige Vergütung für das Krankenhaus: Für jede DRG ist eine Bewertungsrelation (z. B. 0,347 oder 18,507) definiert, welche die durchschnittlichen Kosten des Behandlungsfalls im Verhältnis zum sogenannten Basisfallwert bestimmt. Der Basisfallwert entspricht dem Durchschnitt aller Fallkosten einer bestimmten Region (in €), er wird jährlich berechnet. Multipliziert man ihn mit dem Relativwert eines Behandlungsfalls, ergibt sich die Vergütung der Klinik für den jeweiligen Fall (in €). Die Fallpauschalen und Basisfallwerte werden jährlich neu vereinbart.

Das Ergebnis: Die Kliniken bekommen nicht ihre tatsächlichen Kosten erstattet, sondern die Durchschnittskosten aller Krankenhäuser für einen vergleichbaren Behandlungsfall. Kliniken mit geringeren Kosten machen Gewinne, solche mit höheren Kosten Verluste. Durch die Angleichung der Basisfallwerte soll ein Wettbewerb zwischen Krankenhäusern entstehen und die Effizienz insgesamt steigen.

- ▶ Während die Basisfallwerte 2003–2004 noch krankenhausindividuell verhandelt wurden und das Budget jeder Klinik konstant blieb,
- ▶ wurden die Fallwerte in der Konvergenzphase 2005–2009 schrittweise an einen bundeslandweiten Basisfallwert angeglichen.
- ▶ Seit 2010 gibt es jährlich einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert mit einem Korridor (+2,5% und -1,25%), an den die Landesbasisfallwerte schrittweise angeglichen werden. Für 2011 beträgt dieser einheitliche Basisfallwert 2963,82€, in 2012 steigt er auf 2991,53€.

Quellen:

- Happe K. Krankenhauslandschaft im Umbruch – Tagessatz vs. Fallpauschale. *CNE.fortbildung* 2007; 4 (November 2007): 2–7
- Hollick J. Klassifizierung und Abrechnung – Codewort „DRG“. *CNE.fortbildung* 2007; 4 (November 2007): 8–11

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1295694>